

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

/ Могилев /

Грыжи передней брюшной стенки являются наиболее частой хирургической патологией и они встречаются у 1,2 – 4% населения. Из множества вариантов клинического проявления грыж брюшной стенки чаще встречаются паховые грыжи.

Несмотря на огромное число модификаций и усовершенствований оперативного лечения грыж частота рецидивов после них остается высокой, достигая 10%, а при сложных видах грыж – 30%. Классические методы герниопластики сопровождаются длительными сроками потери трудоспособности, время пребывания в стационаре, в среднем составляет 10 суток, амбулаторное лечение – до 1,5 месяцев.

В 90 – х годах была внедрена технология лапароскопической хирургии с целью совместить лапароскопический доступ к задней поверхности передней брюшной стенки (внутреннему отверстию пахового кольца) с методом протезирующей герниопластики. Суть операции заключается в "безнатяжном" укреплении задней стенки пахового канала путем лапароскопической имплантации не рассасывающего синтетического протеза без хирургической пластики перитонеальных и мышечно-апоневротических структур. Эта методика обладает рядом существенных преимуществ: ранняя активизация больных; отсутствием травматизации брюшной стенки и элементов семенного канатика; уменьшение сроков госпитализации и амбулаторного лечения; возможность лечения паховых грыж с обеих сторон без дополнительных разрезов. Данные литературы свидетельствуют, что уровень рецидивов не превышает 1,1 – 1,2%.

За период с августа 1996 года в отделении лапароскопической хирургии Могилевской городской больницы СМП оперировано 26 больных в возрасте от 25 до 62 лет, среди них 22 мужчины и 4 женщины. При клиническом обследовании установлено, что у 10 пациентов имелась косая, у 14 – прямая паховая грыжа, а у 2 – бедренная грыжа.

Операции были выполнены с использованием аппаратуры фирмы "Karl Storz" и инструментария фирмы "Auto Suture" под эндотрахеальным наркозом. 22 больным операции выполнялись интраперитонеальным предбрюшинным доступом, по методике, разработанной У.Согбил. У 4 больных операции выполнены с использованием методики внутрибрюшного расположения имплантата. При прямых паховых грыжах использовался цельный лоскут полипропиленовой сетки (8 см х 13 см), который фиксировали с помощью эндостеплера к лонному бугорку, паховой связке и апоневрозу внутренней косой мышцы живота. Операция завершалась перитонезацией полипропиленовой сетки. При косых паховых грыжах выделялся грыжевой мешок из элементов семенного канатика, последний тщательно "окутывался" со всех сторон имплантатом с закрытием всего пахового и бедренного промежутка. Максимальная продолжительность операции в наших наблюдениях со-

ставляла 90 мин. Осложнений в послеоперационном периоде у больных не наблюдалось. Все наблюдаемые больные активизировались через 4-6 ч после операции (вмешательство проводилось под эндотрахеальным наркозом), при этом они самостоятельно передвигались, не испытывая боли. Длительность пребывания больных в стационаре после операции составила 2 суток.

Наблюдение за больными в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет показал, что рецидив грыжи возник у 1 больного, у которого операция выполнена, при прямой паховой грыже, с внутрибрюшным расположением имплантата.

Таким образом, наш опыт лапароскопической герниопластики показал анатомическую и функциональную ее обоснованность, а ближайшие результаты операций достаточно хорошие.